



H09

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes:			
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter			
Name	.....	
Vorname	.....	
Strasse	.....	
PLZ/Ort	.....	
c/o	.....	
Geburtsdatum	.....	Mobil Tel.	.....
E-Mail	.....	
AHV-Nr.	.....	
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Rechnung an	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: <input type="checkbox"/> Befundkopie an:		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. <input type="checkbox"/> IV Verfügungs-Nr. <input type="checkbox"/> Unfall-Vers. Fall-Schaden-Nr. Unfalldatum <input type="checkbox"/> Spital (stationärer Patient) <input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> hpriv. <input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Andere	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.)			

Bitte schwarz markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Histologie HNO

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum:	Entnahmezeit:
Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> unfixiert	
Material: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Resektat	
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Molekularanalyse erwünscht:	

Allgemeine klinische Angaben / Fragestellungen

.....

.....

.....

.....

.....

Lokalisation (Schemata auf Rückseite)	Fragestellungen/Bildgebung
---------------------------------------	----------------------------

1.	1.
2.	2.
3.	3.

Lokalisation	Fragestellungen/Bildgebung
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

